QUESTIONS TIRÉES AU SORT. N. [illegible] 19.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Comment se produisent les fractures du bassin ? A quels accidents donnent-elles lieu ? Quel est le traitement à employer ?

SCIENCES MÉDICALES.

Quelles sont les causes et le traitement de la fièvre ataxique ?

SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître si la gomme adragant a été falsifiée par la gomme arabique ?

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Peut-on démontrer entre la sclérotique et la choroïde une poche membraneuse, comme le prétend Arnold ?

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier,

le 31 Août 1841,

PAR BOVIER (J.-N.-AUGUSTIN),

d'EYZIN-PINET (Isère),

Membre de la Société médico-chirurgicale,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

J. MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de Médecine,

rue de la Préfecture, 10.

1841.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE,

AIMÉS ET REGRETTÉS !!!...

A MON FRÈRE,

Notaire.

Daigne accepter ce travail comme un sûr garant de mon attachement pour toi.

A MES SOEURS,

A MA BELLE-SOEUR,

et à mes Beaux-Frères.

Je vous réunis tous ici, et vous témoigne mon amitié fraternelle.

A. BOVIER.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22373421

A M. BOISSAT,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Médecin en chef des Hôpitaux civils et militaires
de la ville de Vienne.

Hommage de reconnaissance pour les preuves d'affection et d'intérêt que vous m'avez données.

A. BOVIER.

Questions tirées au sort.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Comment se produisent les fractures du bassin? A quels accidents donnent-elles lieu? Quel est le traitement à employer?

Les fractures du bassin sont peu fréquentes, à cause de l'épaisseur considérable des os qui le composent, à cause des parties molles qui entourent par couches épaisses cette ceinture osseuse.

Les causes, quelles qu'elles soient, doivent agir avec une grande force pour surmonter cette double résistance : ainsi, les projectiles lancés par les armes à feu, les pressions considérables, telles que le passage d'une roue, les matériaux d'un éboulement, les coups de pied de cheval, les chutes d'un lieu élevé, etc.

Ces fractures peuvent être faites par contre-coup ; le plus souvent elles ont lieu à la partie frappée. Les fractures directes s'opèrent de différentes ma-

nières : les premières ont lieu plus spécialement, dans le cas où le bassin, comprimé dans la direction d'un de ses diamètres, se rompt au voisinage d'un autre diamètre qui tombe sur celui là perpendiculairement ou plus ou moins obliquement.

Les fractures du bassin s'accompagnent d'accidents fort graves, par les mêmes motifs qui rendent ces fractures si rares, c'est-à-dire, la résistance considérable des chairs et des os, où viennent s'amortir un grand nombre de causes vulnérantes ; aussi, lorsque ces fractures sont produites, elles s'accompagnent presque toujours d'ecchymoses très-étendues, de plaies plus ou moins grandes, de contusions, etc. Ces accidents peuvent exister seuls ; mais il arrive souvent la commotion de la moelle épinière et des gros nerfs, des ruptures, déchirures, contusions des organes contenus dans le bassin ; d'où résultent les effets morbides qui seront décrits avec les fractures spéciales.

FRACTURES DES OS COXAUX.

Ces lésions peuvent occuper différents points des os coxaux : ainsi, la crête est quelquefois détachée, plus spécialement chez les individus jeunes où cette partie est encore à l'état d'épiphyse ; l'épine antérieure et supérieure est assez souvent fracturée, l'os étant à découvert dans cette région est plus exposé aux causes vulnérantes. Un coup de pied de

cheval est la cause la plus fréquente de cette fracture : dans ce cas, il y a déplacement par la contraction du couturier et du tenseur de l'aponévrose crurale, qui s'attachent à cette éminence.

Les fractures peuvent occuper une partie plus ou moins considérable de l'étendue de ces os. Ici, à cause de l'épaisseur des chairs et de la conformation de l'os, la lésion s'opère dans le lieu où le coup a porté, et le plus souvent il n'y a d'autre déplacement que celui produit par le choc du corps vulnérant.

Les deux os iliaques peuvent être fracturés en même temps; et dans ce cas, c'est presque toujours une pression très-intense, comme le passage d'une roue, etc. La fracture occupe le plus souvent la partie large de l'os ; elle peut aussi avoir lieu dans l'ischion et vers l'os pubis.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic est difficile dans la plupart des cas. On peut cependant reconnaître la lésion en plaçant le blessé sur le décubitus dorsal, et après lui avoir fléchi la tête sur le corps, les cuisses sur l'abdomen, on saisit les deux fragments et on les pousse en sens divers.

Accidents des fractures des os iliaques. Lorsque ces os ou l'un d'eux sont rompus dans leur partie large, la cause vulnérante a dû agir avec une grande force, surtout quand elle est directe. Dans ces cas, les parties molles extérieures, très-épaisses dans

cette région, peuvent être profondément contuses, et par suite exposées à une inflammation suppurative dont les effets variés sont toujours à craindre.

Les parties molles renfermées dans le bassin sont lésées également et quelquefois plus grièvement que les précédentes : par exemple, un biscaïen, un boulet tombant très-obliquement sur cette partie du bassin, ne laisse aucune trace à l'extérieur; mais l'os est brisé en mille éclats, les organes sous-jacents sont déchirés ou même réduits en bouillie. L'action des corps qui ne sont pas mus par les armes à feu ne produit pas des désordres aussi considérables; cependant, lorsqu'ils ont été mus par une grande force, les organes intérieurs du bassin peuvent être contus, meurtris, déchirés ; ils déterminent aussi souvent une commotion plus ou moins forte de la moelle épinière et des nerfs, de laquelle il peut résulter la faiblesse des membres inférieurs ou leur paralysie plus ou moins complète, accompagnée quelquefois de vomissements ou de déjections de sang et de matières noires, bilieuses. La contusion et les déchirures sont suivies de l'infiltration ou de l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire du bassin; l'inflammation s'en empare bientôt, et c'est alors que la fièvre s'allume, qu'il se forme des abcès plus ou moins étendus qui s'ouvrent à l'intérieur, ne pouvant se faire jour au-dehors : de-là des épanchements purulents, la gangrène et la mort.

On a remarqué que, si la fracture occupait l'os iliaque du côté gauche, les blessés étaient presque toujours constipés; on a expliqué ce phénomène par la pression mécanique que l'engorgement inflammatoire exerçait sur la portion iliaque du colon, ou seulement parce que l'intestin participait à l'état inflammatoire des parties environnantes (Dupuytren). Lorsque la fracture a lieu au pubis, des fragments osseux peuvent être dirigés du côté de l'urètre, le déchirer, et déterminer des épanchements d'urine dans le tissu cellulaire environnant.

Les mêmes accidents peuvent être produits par la fracture de l'ischion; les fragments, en outre, selon leur direction, peuvent atteindre la vessie, le scrotum, les grandes lèvres, les muscles de la partie interne des cuisses. Lorsque la tubérosité de l'ischion est détachée, la réunion est difficile, parce qu'elle est constamment tirée en bas par les muscles puissants qui s'y insèrent.

On a constaté des fractures du fond de la cavité cotyloïde (Astley Cooper, un cas de trois os qui se réunissent dans la cavité; quatre cas de fractures réelles de cette cavité, par M. Tyer). Ces fractures peuvent être comminutives, et la lame osseuse de la cavité cotyloïde être enfoncée dans le bassin, avec ou sans la tête du fémur.

FRACTURES DU SACRUM.

Quoique placé superficiellement, cet os est fracturé plus rarement que les autres os du bassin, à cause de la position qu'il occupe, de sa structure spongieuse, de sa grande épaisseur, de la saillie des épines iliaques postérieures, qui le mettent à l'abri des coups portés dans sa direction.

Les causes principales de ces fractures sont les coups portés sur la région sacrée, le passage d'une roue de voiture, une chute d'un endroit élevé sur le siége ou même sur les pieds, etc.

Elles peuvent avoir lieu à la base du sacrum; ces cas sont rares à cause de l'épaisseur de cette partie et de la protection que lui fournissent les parties molles et les épines iliaques postérieures: il n'y a point de déplacement, et le diagnostic est excessivement difficile, à moins qu'il n'y ait fracture comminutive.

Les fractures du sacrum se font aussi vers sa partie inférieure, et ce sont les plus fréquentes: dans ces cas, il y a déplacement, et le fragment qui tient au coccyx est porté en avant vers l'intestin rectum, par l'action des muscles grand fessier et ischio-coccygien.

Enfin, une observation rapportée dans la *Nosographie chirurgicale* de Richerand prouverait que la fracture du sacrum peut se faire longitudinale-

ment, l'os étant séparé en deux parties selon son plus grand diamètre.

La cause vulnérante, dans ce cas, fut une chute d'un lieu élevé sur le pied gauche, toute la plante du pied portant sur le sol : le membre de ce côté était raccourci d'un demi-pouce ; l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque correspondant était plus élevée que celle du côté opposé, de la même quantité ; le malade mourut environ trois mois après l'accident, avec des escharres gangreneuses très-étendues sur le bassin et la carie du sacrum : on avait cru à une luxation de la symphyse sacro-iliaque du côté gauche. « L'autopsie montra une fracture longitudinale du sacrum, s'étendant de la » base au sommet de l'os, très-voisine de son arti- » culation avec l'os innominé du côté gauche, auquel » le fragment était resté fortement adhérent. En » avant du bassin et sur la même direction, il exis- » tait deux fractures, par lesquelles le corps du pu- » bis et sa branche se trouvaient séparés de l'os des » îles et de la branche de l'ischion : ainsi, le bassin » avait éprouvé une fracture dans sa totalité, et était » divisé en deux grands fragments par suite d'un » effort exercé de bas en haut dans le sens vertical. » On observa, en outre, chez ce malade, que le col » du fémur était très-court, fort épais et presque » vertical ; condition favorable pour résister à l'effort » et le transmettre au bassin. » (*Nosographie chirurgicale.*)

Accidents. Les fractures du sacrum sont en général beaucoup plus graves que celle des os coxaux : elles s'accompagnent des effets morbides qui suivent les violentes contusions, les déchirures des parties molles extérieures et intérieures, comme dans les autres fractures des os du bassin ; mais, indépendamment de ces lésions, il y a presque toujours un ébranlement considérable, ou une compression ou même la déchirure des nerfs sacrés. L'effet inévitable de cet accident est la paralysie de la vessie, du rectum, et celle des membres inférieurs, qui entraînent ordinairement la mort des malades.

FRACTURES DU COCCYX.

Cet os est plus rarement fracturé à cause de sa mobilité sur le sacrum et de celle des pièces qui le composent. Il n'y a qu'une circonstance où il peut être fracturé assez facilement ; c'est lorsque, par l'effet de l'âge ou de quelque cause particulière, les pièces du coccyx se sont soudées entre elles et avec le sacrum : alors, une chute sur les fesses, un coup quelconque reçu dans la même partie, peut déterminer la fracture de cet os. On reconnaît cette fracture, dont les accidents sont bien loin d'être aussi graves que ceux des autres fractures du bassin, aux douleurs que le malade éprouve pendant les mouvements des membres, les fragments étant déplacés par la contraction des muscles fessiers, dont quel-

ques fibres s'y implantent, et à l'enfoncement du fragment inférieur. On peut déterminer la mobilité en introduisant le doigt indicateur dans l'intestin rectum.

Accidents. Dans ces fractures, les accidents ne sont pas aussi graves que ceux des autres fractures des os du bassin; cependant elles ne sont pas exemptes d'effets fâcheux : ainsi, il peut en résulter des abcès dans le tissu cellulaire environnant, quelquefois la carie ou la nécrose de l'os.

TRAITEMENT.

Le traitement des fractures des os du bassin fournit des indications générales et d'autres spéciales.

L'indication principale dans tous les cas, c'est de prévenir ou au moins de diminuer le développement de l'inflammation dans les parties molles extérieures, mais surtout dans les viscères que le bassin renferme. Une autre indication principale, c'est de placer le bassin et les membres dans une position favorable à la réunion des fractures.

Les indications spéciales se rapportent aux accidents que peut déterminer chaque espèce de fracture, soit primitifs, soit secondaires.

Dans les cas graves, il faut pratiquer une ou plusieurs saignées générales; l'application des sangsues est quelquefois indiquée pour diminuer l'inflammation autour d'une plaie contuse. On recouvre

les parties molles lésées de compresses imbibées avec une liqueur résolutive, et l'on applique par dessus un bandage de corps, que l'on serre et que l'on fixe au moyen d'un scapulaire et de deux sous-cuisses.

Le malade doit garder le repos le plus absolu; dans les cas graves, il serait très-utile d'empêcher le malade de se livrer aux mouvements qu'exige l'expulsion des matières alvines. Boyer employait avec avantage une large sangle placée sous les fesses, et dont les extrémités allaient passer sur une poulie fixée au plafond; par ce moyen, le malade pouvait se soulever lui-même sans secousses, et se soutenir en l'air pendant qu'on mettait un bassin sous lui ou qu'on changeait une alèze.

Il existe des lits mécaniques qui fatiguent moins les malades et sont d'un effet plus sûr; mais ils ne sont pas à la portée de toutes les fortunes.

Quoi qu'il en soit, le malade doit prendre et garder une position telle, que les muscles qui s'insèrent au bassin soient dans le plus grand relâchement possible : ainsi, dans la fracture de l'épine iliaque, dans celle des os pubis, il faut placer les cuisses dans la demi-flexion sur le bassin. La position est utile encore dans certaines fractures du corps des os coxaux. Lorsque la tubérosité ischiatique est détachée, il faut, au contraire, mettre les membres dans l'extension. Dans les fractures du coccyx, les

malades ne doivent ni s'asseoir ni se coucher sur le dos, cet os étant le point d'appui principal dans ces attitudes, et par conséquent ne pouvant plus supporter le poids du tronc; ces malades ne doivent pas marcher non plus, car les fragments se déplacent, dans ce cas, par la contraction des muscles fessiers,

La commotion de la moelle épinière, la lésion d'un ou plusieurs nerfs, constituent une indication majeure. Ces phénomènes se montrent dans les fractures graves des os coxaux ; mais ils sont en général plus fréquents et plus intenses à la suite des fractures du sacrum, cet os ne pouvant être lésé profondément sans déchirure des nerfs sacrés : s'il n'en résulte pas la mort immédiate, le malade a bientôt une rétention d'urine, l'évacuation involontaire des matières fécales, la paralysie des extrémités inférieures. On sonde le malade ; lorsque l'inflammation est diminuée ou retenue dans certaines limites, on peut employer quelques antispasmodiques, des excitants diffusibles, pour ranimer l'action vitale dans les organes paralysés.

Mais les moyens qui peuvent être les plus efficaces dans ces cas, parce qu'après avoir fait naître ces accidents ils les entretiennent encore par leur persistance, sont la consolidation de la fracture et la terminaison de l'inflammation et de ses effets. En effet, souvent les fragments peuvent se déplacer et piquer

ou déchirer les tissus voisins : on essaie de les relever, en introduisant les doigts dans le rectum ou dans le vagin. Si le déplacement se reproduit ou si les fragments sont multiples, on incise quelquefois les parties extérieures voisines, et l'on agit avec plus de facilité : il est nécessaire quelquefois d'enlever un ou plusieurs de ces fragments. Lorsqu'on est certain de la présence d'un épanchement d'urine ou de matières stercorales dans le tissu cellulaire du bassin, il faut les ouvrir promptement pour éviter la formation d'abcès gangréneux.

La plupart des fractures du bassin sont suivies d'une inflammation plus ou moins intense dans les parties molles extérieures, et souvent aussi dans celles qui sont à l'intérieur du bassin; des abcès plus ou moins vastes peuvent se former dans les points lésés et dans le voisinage. Ces abcès doivent aussi être ouverts promptement, car c'est par leur intermédiaire que des esquilles ou des corps étrangers sont portés au-dehors avec le pus; il faut panser de manière à favoriser l'écoulement de ce liquide.

SCIENCES MÉDICALES.

De l'ataxie, et des fièvres ataxiques, malignes.

Des phlegmasies et des fièvres s'accompagnent ou se compliquent souvent d'un état morbide particulier qu'on nomme *ataxie ;* il en résulte des affections spéciales et toujours fort graves : ce sont les fièvres ataxiques, malignes. Indépendamment de ces affections, il en est d'autres qui présentent l'ataxie seulement comme symptôme essentiel, et c'est pourquoi nous croyons nécessaire d'étudier cet élément morbide dans son état de simplicité ; ensuite il nous sera plus facile d'apprécier les maladies qu'il constitue entièrement, et celles dans lesquelles il apparaît seulement comme phénomène prédominant.

ATAXIE, MALIGNITÉ.

L'ataxie n'existe pas comme affection simple, essentielle, indépendante de toute autre maladie, mais toujours comme cause ou modification d'affections diverses. Ce que nous en dirons ici se rapportera aux circonstances qui la font naître et la développent, dégagées de tout ce qui leur est étranger.

Ainsi, l'ataxie a des causes spéciales et surtout

des symptômes caractéristiques très-distincts de ceux que présentent les affections analogues.

Tout ce qui peut diminuer ou détruire la force vitale et organique devient cause plus ou moins active de l'ataxie : les excès de tout genre dans l'exercice du système locomoteur, dans celui des organes génitaux, surtout en été et pendant les grandes chaleurs ; des douleurs très-intenses et très-prolongées, des commotions morales profondes, des passions fortes, etc., qui ont pour effet de diminuer ou pervertir les facultés sensitives, intellectuelles. Il est d'autres causes plus nombreuses, mais qui appartiennent plutôt aux maladies qui se combinent avec l'ataxie.

Les caractères symptomatiques de cet état ne peuvent être confondus avec aucun autre. Dans les affections ordinaires, la marche est régulière généralement, les phénomènes s'enchaînent avec ordre et succession ; dans l'ataxie, au contraire, les efforts de l'organisme sont confus : non-seulement les mouvements sont déréglés dans le cours de la même maladie, mais ils offrent souvent un ordre différent dans plusieurs maladies semblables. Ainsi l'invasion ne s'annonce que par les symptômes eux-mêmes : une cause légère, une invasion bénigne sont suivies d'une affection mortelle.

Les symptômes n'ont le plus souvent aucune liaison, aucun rapport entre eux : langue aride sans soif, peau sèche sans chaleur, une pommette rouge

et l'autre pâle, chaleur à l'intérieur, froid à l'extérieur. Les symptômes présentent aussi dans leur succession la même irrégularité, et des changements quelquefois opposés dans un espace de temps très-court : le pouls offrant tour à tour des rhythmes différents et nombreux ; sensibilité des sens tantôt éteinte, tantôt exaltée ; constipation et diarrhée alternatives, plaintes et rires alternatifs ; il n'y a pas non plus de correspondance entre le physique et le moral ; sécurité parfaite au milieu des symptômes les plus alarmants, crainte de la mort avec les signes de la guérison. Il y a un plus grand nombre d'autres symptômes, que nous aurons occasion d'exposer en faisant l'histoire des affections malignes ; seulement il importe d'ajouter que les symptômes dans l'ataxie ont toujours une forme insidieuse, qu'ils s'accompagnent souvent de la lésion profonde du système nerveux, de la résolution des forces radicales : il y a souvent coexistence des signes les plus favorables avec les plus fâcheux, des crises incomplètes compliquant l'état morbide, et souvent une mort prompte, inattendue.

Les lésions cadavériques n'ont en général aucun rapport avec la nature des symptômes : ou elles sont très-légères, alors que les phénomènes morbides semblaient en indiquer de très-graves ; ou, au contraire, elles existent très-intenses, sans symptômes indicateurs (Bérard).

L'ataxie affecte le système entier dans ses forces vitales; mais elle se manifeste plus spécialement par l'altération du système nerveux et surtout dans leurs centres.

L'état malin ne doit pas être confondu avec l'état putride, quoique cependant ces deux éléments puissent coexister ou se combiner : on les rencontre souvent l'un sans l'autre. Plusieurs auteurs, entre autres Stoll et Barthez, ont confondu l'adynamie et l'ataxie ; leur diagnostic peut être difficile dans certains cas, où ils sont réunis ; mais ils peuvent être distingués, en ce que dans le premier il y a prostration des forces, et dans le second, plutôt perverversion, avec un caractère insidieux.

FIÈVRES ATAXIQUES, MALIGNES.

L'état malin, avons-nous dit, se combinant avec l'éréthisme fébrile, constitue une fièvre maligne, et qui se diversifie par ses complications avec l'état inflammatoire, bilieux ou muqueux. Les fièvres malignes peuvent être sporadiques ; elles sont plus souvent contagieuses.

Ces fièvres sont souvent à type rémittent; il est rare que le type soit régulier dans ces dernières : ce sont elles qui constituent la fièvre sub-intrante maligne.

Fièvre ataxique continue. Les causes et les symptômes sont très-appréciables dans ces fièvres.

Les causes se rapportent ici plutôt aux habitudes, aux régions, à l'usage des passions : excès fréquents du travail de cabinet, veilles prolongées, affections morales tristes, pertes excessives de sang, abus excessif de liqueurs alcooliques, habitation dans des lieux insalubres ; séjour dans les hôpitaux, dans les prisons, dans les amphithéâtres ; excès du coït ou de la masturbation ; abus de certains remèdes, de certains poisons, etc.

Toutes ces causes tendent à diminuer ou à pervertir les forces vitales ; mais elles portent une action particulière sur le système nerveux.

Les symptômes présentent dans leur marche une confusion et des irrégularités, qui sans doute proviennent de l'action de causes si variées, dont nous venons de parler : invasion brusque ; frissons irréguliers, auxquels succède une chaleur d'abord assez vive : pâleur et décomposition des traits de la face ; air égaré ; pouls faible, très-variable ; chaleur animale, très-variable selon les parties où elles se montrent et selon son degré d'intensité, langue sèche, nette, tremblante, souvent muqueuse ; vomituritions accompagnées de hoquets ; bientôt stupeur ou exacerbations irrégulières ; tantôt agitation et délire, tantôt affection soporeuse plus ou moins profonde ; soubresauts des tendons, convulsions tétaniques de certaines parties, hoquets, grincements de dents, aphonie ; déglutition tantôt facile, tantôt impossible ; trismus, carphologie, etc.

Les causes de cette maladie agissent principalement sur le système nerveux, et les phénomènes morbides qui en sont le résultat indiquent aussi que ce système est plus spécialement affecté.

Lorsque certains symptômes encéphaliques prédominent dans le cours de cette maladie, il se forme dans le cerveau des lésions diverses, comme rougeurs, épanchements séreux, séro-sanguins, qui pourraient être confondus avec les suites morbides de l'apoplexie des vieillards : c'est la fièvre cérébrale ataxique de Pinel.

Fièvre ataxique contagieuse à type continu. Les caractères principaux de cette fièvre ne diffèrent pas de ceux de la précédente ; les causes sont à peu près analogues ; la même variété, la même intensité des symptômes existent. Malgré cela, il y a entre ces deux espèces de fièvres des différences radicales qui les modifient et dans leur ensemble et dans leurs détails. Une seule circonstance dans les causes produit ces phénomènes ; c'est l'influence des miasmes qui s'élèvent de certains lieux où il y a de grands rassemblements d'hommes : les prisons, les camps, les vaisseaux, les hôpitaux, les villes assiégées. L'action de ces miasmes a des effets plus prompts et plus funestes que celle des miasmes des marais, des amphithéâtres.

Cette affection a offert des variétés si nombreuses, que, depuis Hippocrate jusqu'à nous,

elle a subi les dénominations les plus diverses. Ces dénominations étant fondées en général sur l'idée que chaque auteur se faisait de la nature ou de la cause prochaine de la maladie, il en est résulté que des affections semblables ont été décrites comme des maladies différentes ; cependant une étude plus approfondie, l'apparition plus fréquente de cette pyrexie et de ses variétés, ont servi à détruire la confusion qui régnait parmi les auteurs, et à réunir dans un même ordre de phénomènes morbides les affections si nombreuses que chacun d'eux déterminait selon ses idées.

Les caractères constants et essentiels sont une fièvre continue, provenant le plus souvent de contagion, avec violente céphalalgie, stupeur semblable à celle de l'ivresse, le plus souvent un exanthème pourpré, pétéchial, et marche insidieuse de certains symptômes : ce sont les caractères essentiels du typhus, des différentes fièvres typhoïdes. Ce mot, employé souvent par Hippocrate, signifie, aujourd'hui comme alors, stupeur, étonnement (*stupor*, *attonitus*) : c'est là le symptôme constant dans toutes les variétés des maladies dont il est question, et même dans toutes leurs périodes. Cette affection paraît être une combinaison des états adynamique et ataxique.

Les symptômes présentent des différences dans leur succession et dans leur marche, dans les cas

simples aussi bien que dans les complications Aussitôt que l'impression miasmatique s'est opérée, il peut apparaître des phénomènes précurseurs de l'état morbide qui va suivre ; assez souvent, l'invasion est brusque. Les symptômes précurseurs s'annoncent par un trouble ordinairement léger des fonctions du système nerveux : mais bientôt la réaction s'établit, fièvre avec frissons entremêlés de chaleur, angoisses, abattement, céphalalgie, vertiges, visage rouge, soif ardente, indifférence ; pouls serré, inégal, quoique plus lent que dans l'état normal ; apparence de sommeil avec agitation intérieure, grande stupeur, engourdissement des extrémités, bourdonnement dans les oreilles, matières visqueuses accumulées dans les orifices de la bouche ; symptômes simulant la pneumonie et d'autres phlegmasies ; engourdissement des forces musculaires ; souvent, au quatrième jour, épistaxis, et presque toujours exanthème pourpré au tronc et aux membres : on appelle ce stade, qui remplit à peu près le premier septénaire, *stade d'irritation*. C'est alors que les différents troubles morbides se développent dans les organes, et ce premier travail arrive à une sorte de crise, suivie d'un léger soulagement : bientôt exacerbation forte, puis chaleur intense, langue sèche et dure comme du bois, déglutition difficile par inertie des muscles, ventre tendu et douloureux, selles liquides extrêmement

fétides, sens émoussés, facultés intellectuelles troublées presque en entier, indifférence complète, décubitus dorsal, tremblements des mains, soubresauts des tendons, mouvements spasmodiques, carpologie, assez souvent hoquet qui peut durer d'une manière permanente pendant plusieurs jours, état de mussitation continuelle ou de délire, typhomanie; d'autres fois, roideur tétanique de la mâchoire, du cou et des membres; la paralysie des paupières, celle de la vessie, de l'anus, peuvent s'établir : lorsque ces phénomènes nerveux apparaissent, la fièvre présente des anomalies très-variées, qui portent sur la prédominence d'un ou plusieurs de ces symptômes, et constituent des complications nombreuses, comme cela a lieu pour les fièvres rémittentes pernicieuses; et c'est par ce moyen qu'on peut distinguer la fièvre maligne contagieuse du typhus proprement dit, dont la marche est d'ailleurs plus régulière.

Ce stade finit par une exacerbation suivie d'une rémission vers le onzième jour : ce phénomène se voit dans les fièvres typhoïdes bien réglées; mais, dans les fièvres de même espèce avec adynamie et ataxie, ces apparences de crises, si elles existent, sont très-variables, et en général on ne peut pas compter sur les mêmes résultats. Quoi qu'il en soit, c'est à la fin de ce stade que les symptômes reprennent leur intensité plus grande : fièvre plus forte, chaleur plus vive, battement des artères, affection

soporeuse du cerveau plus profonde, mort ou guérison par différents moyens de rémission ou de crise.

Le typhus simple peut se terminer heureusement par différentes crises, par des maladies diverses; la mort peut être plus fréquente dans la fièvre ataxique. Les maladies consécutives sont aussi communes dans cette dernière, telles que les suppurations dans différents organes, les gangrènes externes, les paralysies, principalement celles des sens, les métastases qui peuvent produire des maladies sur les divers organes où elles se portent.

Les malades affectés de la fièvre ataxique contagieuse meurent quelquefois par l'effet de la compression cérébrale (par collection purulente, inflammation, congestion sanguine); d'autres fois, par la gangrène des intestins, par l'épuisement des forces, quelle qu'en soit la cause: ils peuvent mourir suffoqués, par suite des différentes affections du poumon portées à leur plus haut degré d'intensité.

FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES.

Jusqu'ici nous avons décrit des fièvres ataxiques à type continu; mais ces mêmes fièvres se présentent souvent avec le type intermittent et ses diverses nuances, et par ces changements dans la marche des périodes de la maladie, elles offrent des

caractères spéciaux et différents de ceux que manifestent les continues.

Ces fièvres peuvent être rémittentes, avec le type tierce ou double tierce et avec le type quarte.

Elles peuvent être intermittentes, sous le type de tierce ou double tierce et sous le type de quarte.

Les fièvres intermittentes pernicieuses, à type tierce, sont les plus fréquentes, et ce sont elles que nous devons examiner de préférence.

Causes. Indépendamment de toutes celles qui sont débilitantes ou perversives des forces vitales, comme les excès de toute sorte, les affections tristes, très-profondes, les écarts de régime extrêmes, il en est est qui, seules, favorisent la naissance et le développement des fièvres intermittentes pernicieuses : ce sont les exhalaisons marécageuses. Ainsi, les marais, les étangs, les égoûts, les bords des lacs, etc., laissent échapper à leur surface des miasmes délétères, toutes les fois que certaines conditions atmosphériques se trouvent favorables à ce but, comme dans les saisons et les températures chaudes et humides.

Les auteurs qui ont écrit sur les fièvres pernicieuses intermittentes ont observé que l'impression des miasmes se faisait mieux par les temps chauds, pendant la nuit et le sommeil.

Il y a certaines circonstances qui tendent à modifier l'action de ces miasmes : ainsi, pour l'homme

l'habitude peut affaiblir, jusqu'à un certain point, l'influence des émanations marécageuses sur l'organisme, et les rendre moins efficaces.

Cette influence peut être augmentée, au contraire, dans les cas où l'économie vivante a été affaiblie par les causes sédatives que nous avons indiquées ci-dessus; quant aux miasmes eux-mêmes, ils sont sans action, lorsque les lieux d'où ils proviennent sont élevés et balayés par les vents. Ces émanations s'élèvent des matières organiques putréfiées, mises en contact avec l'atmosphère, après la retraite ou l'évaporation des eaux : les vents chauds, dans certains cas, et les pluies qui surviennent aussi dans un temps chaud, favorisent la naissance de ces fièvres, en dégageant les vapeurs délétères.

DIAGNOSTIC.

Ce sont des fièvres avec accès en froid et en chaud; mais auxquelles s'ajoutent quelques symptômes nerveux très-graves, ou l'apparition insidieuse d'une phlegmasie.

C'est la prédominance de ces symptômes qui constitue l'état pernicieux de la fièvre; c'est pourquoi il est souvent dificile de les distinguer, soit qu'ils se présentent sous des formes trompeuses (fièvres larvées), soit que leur apparition ou leur persistance varient à l'infini.

Les médecins qui ont observé ces affections long-

temps et en grand nombre, ont cherché à établir les caractères au moyen desquels on pourrait reconnaître leur malignité. Il en est qui fondent le diagnostic sur le caractère des intermissions; d'après cela, dans toutes les fièvres intermittentes pernicieuses, les malades présenteraient, dans les intervalles des accès, des traces de délire ou de quelque symptômes saillant (Mercatus).

Un autre auteur cherche à reconnaître les fièvres dont il sagit par leur mode d'invasion, et par la marche des phénomènes morbides pernicieux! Par exemple, dans le cas où la maladie fébrile, quoique bénigne dès son invasion, présente au troisième, quatrième ou cinquième accès, un symptôme grave ou inaccoutumé; dans le cas, au contraire, où l'invasion se fait par le trouble subit et profond d'un ou de plusieurs organes (somnolence, délire, excessive diarrhée ou vomissement), et qu'après une rémission plus ou moins complète, ils reparaissent du troisième au quatrième jour pour se calmer dans une nouvelle rémission; dans les cas où il survient une apoplexie intense, un violent choléra-morbus, et qu'il y a rémission plus on moins complète le jour suivant; dans ceux où les symptômes les plus graves persistent malgré l'emploi raisonné des remèdes les plus énergiques, ce caractère pernicieux existe.

Un médecin (Lauter) cherche à reconnaître cette même malignité dans les fièvres et leur intermittence

par les considérations suivantes. Survient-il subitement quelques phénomènes morbides, qui, après avoir duré quelque temps, diminuent ou disparaissent; on doit craindre le retour de ces phénomènes. Si ces mêmes symptômes reviennent à pareille heure, à un jour déterminé, la fièvre est à type intermittent: le sédiment briqueté de l'urine est un signe distinctif des fièvres intermittentes pernicieuses, mais il faut qu'il soit réuni à d'autres.

Puisque certains symptômes caractérisent à eux seuls les principales variétés de ces maladies, il importe de les exposer ici, nous bornant à ceux qui se présentent le plus fréquemment.

Fièvre intermittente soporeuse. Le malade tombe dans un assoupissement profond. Cet état suit les différents degrés du paroxysme : il s'accroît et décline avec lui. Il persiste encore avec moins d'intensité pendant l'intermission; puis, il y a altération plus ou moins grande de la mémoire ou son abolition complète. Si cet état est porté à un haut degré d'intensité, le malade devient insensible à l'action des stimulants les plus énergiques, au feu même (Alibert).

Cette fièvre s'est présentée sous les types quotidien et quarte, tierce et double tierce.

Fièvre intermittente délirante. Le caractère de cette fièvre est très-distinct: c'est le délire qui paraît dès le début de l'accès et l'accompagne dan son accrois-

sement et son déclin. Dans l'intervalle des accès, le malade oublie ce qui s'est passé pendant le paroxysme; on a observé aussi (Pinel, Alibert), que pendant le frisson l'urine s'écoule involontairement.

Quelques médecins (Lauter) ont rapporté des cas, où le premier accès d'une fièvre intermittente était caractérisé par les symptômes principaux d'une pneumonie, qui augmentaient avec l'accès et diminuaient avec lui.

Intermittente cystique et néphrétique. La première a été observée par Coutanceau : elle était caractérisée par des coliques et une dysurie permanente et douloureuse; mais, hors des paroxysmes, le malade urinait facilement. Dans la seconde, rapportée par Morton, il y avait au contraire suppression d'urine pendant le paroxysme.

Intermittente épileptique. On a observé chez une femme, âgée de 50 ans, une fièvre qui simulait tous les phénomènes de l'épilepsie à l'invasion de de l'accès; elle mourut au second. Dans le fait de Lauter, la fièvre avait le type tierce: à chaque accès, il y avait frisson et froid de peu de durée; puis chaleur intense avec état convulsif, bouche écumante; enfin, profond sommeil.

Intermittente convulsive. Observée surtout chez les enfants : le malade cité par Morton concerne un enfant de 13 mois, qui présentait, avec les mouvements convulsifs, la gêne considérable de la res-

piration, la petitesse extrême du pouls. Coutanceau cite un enfant de 4 mois, chez lequel les convulsions se compliquaient d'état comateux.

Intermittente hydrophobique. Il n'est pas sans doute de complication plus terrible que l'hydrophobie. On avait bien indiqué cette maladie comme se présentant quelquefois, mais il n'était pas encore de faits assez positifs : celui observé par Dumas (de Lyon) et un autre de M. Bouillon (d'Abbeville), ne laissent plus aucun doute sur ce symptôme funeste. Le malade observé par Dumas, âgé de 45 ans, était d'une constitution nerveuse, accoutumé aux plus grands excès : une nuit passée en dormant sur un terrain humide fut la cause de cet état.

Dans ces deux cas, pendant l'accès, horreur convulsive des liquides, bouche écumante, hoquet, délire léger, tendance à mordre.

Intermittente syncopale. Beaucoup de maladies offrent des défaillances, mais qui sont accidentelles; dans cette fièvre, au contraire, la lypothimie est le phénomène essentiel : le moindre mouvement le provoque, dit Alibert; cependant le malade ne présente aucune cause manifeste de maladie : la nature semble se refuser au travail de fonctions, la prostration des forces est extrême. Cet état est très-grave, quoiques les intermissions soient tranquilles.

Intermittente algide. Cette variété a pour caractère essentiel la prolongation et une plus grande

intensité du froid de l'accès; il dure la plus grande partie du paroxysme : indépendamment de cela, anxiété, voix entrecoupée, aspect cadavéreux. Quelques-uns de ces phénomènes se continuent pendant les paroxysmes.

Intermittente diaphorétique. C'est l'opposée de la précédente; elle est très-insidieuse. Dans ces cas, immédiatement après le frisson, la sueur commence à s'établir; d'abord peu intense, elle devient plus abondante et plus générale : l'organe cutané paraît être dans un état complet d'atonie, le malade se fond et se résout, pour ainsi dire, en liquide. Cette sueur est épaisse et visqueuse, souvent froide, et pénètre l'intérieur des matelas; elle ne survient quelquefois qu'au déclin de l'accès, et s'accompagne en général de pouls fréquent, petit et faible : respiration anhéleuse, prostration des forces, facultés intellectuelles conservant leur intégrité (Alibert).

Enfin, on a observé beaucoup d'autres variétés de ces fièvres, telles que l'*exanthématique*, qui est caractérisée par des taches rouges pendant l'accès et disparaissant après; l'*ictérique*, avec teinte jaune générale, n'existant que pendant le paroxysme; les intermittentes *asthmatique*, *aphonique*, *catarrhale*, *gastralgique*, *cholérique*, *etc.*, *etc.*, dont les symptômes sont plus ou moins apparents (1).

---

(1) Notre travail embrassait d'autres détails sur ces maladies, et principalement sur le traitement; le temps nous a manqué pour l'impression de cette partie.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître si la gomme adragant a été falsifiée par la gomme arabique?

En touchant la gomme arabique par l'iode, comme elle contient de la fécule amylacée, elle devient bleue. La gomme adragant participe, il est vrai, à cette couleur, étant soumise à la même épreuve; mais, comme elle contient beaucoup moins de principe amylacé, la nuance pour elle sera bien moins intense que pour la gomme arabique. Ce moyen n'est pas infaillible; mais la solubilité dans l'eau plus grande de cette dernière et sa consistance moins grande que pour la gomme adragant, employée en même quantité, seront la preuve du mélange qui en aura été fait.

Si je mets une certaine quantité de gomme arabique : par exemple, trente-deux grammes dans cent vingt-cinq d'eau, elle se dissout parfaitement; tandis qu'en faisant ce mélange avec l'eau et la gomme adragant en même proportion, celle-ci ne se dissout pas aussi bien, se gonfle, et forme un mucilage assez épais.

Ensuite la gomme adragant, telle qu'on la trouve dans le commerce, est différente sous son aspect physique. Elle est roulée, tordue sur elle-même en copeaux; d'autres fois, elle est en morceaux allongés, quelquefois aplatis en lanières, tandis que la gomme arabique est sous forme de petites boules, de grumeaux irrégulièrement bosselés. Pour la couleur, il n'y a pas de différence entre la gomme adraganthe et la gomme arabique (premier blanc); leur odeur est nulle, leur saveur est la même. Pour leur effet en médecine, il est le même, elles sont toutes les deux adoucissantes; mais la gomme arabique est bien plus usitée que la gomme adraganthe, parce que cette dernière est rare: elle contient vingt-cinq fois plus de principe gommeux que la gomme arabique; on s'en sert dans les loochs et comme intermède pour la fabrication des pilules.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Peut-on démontrer, entre la sclérotique et la choroïde une poche membraneuse, comme le prétend Arnold?

La choroïde est séparée de la sclérotique par une légère couche cellulaire, qu'un anatomiste allemand (Arnold) a décrite comme une véritable membrane; c'est une légère trame cellulaire dans laquelle rampent les vaisseaux et les nerfs ciliaires, un peu plus dense en avant, où elle paraît se confondre avec le cercle ciliaire. « Cette disposition anatomique ne peut constituer un sac à deux feuillets tout-à-fait semblable aux poches séreuses, comme le prétend (Arnold); cependant les observations microscopiques pourraient éclairer la question, si la découverte devait avoir une grande utilité.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

Messieurs :	
CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, Président.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médic*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ, *Examinateur.*	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique gén.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Messieurs :	Messieurs :
VIGUIER.	JAUMES.
BERTIN.	POUJOL.
BATIGNE.	TRINQUIER.
BERTRAND.	LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
DELMAS fils.	FRANC.
VAILHÉ, *Ex.*	JALLAGUIER.
BROUSSONNET fils.	BORIES.
TOUCHY, *Examinateur.*	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.